

	WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
--	---

Szczecin, dnia

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko....., PESEL.....

Adres....., tel.....

2. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić, gdy wniosek składa pełnomocnik/ opiekun prawny)

Imię i Nazwisko....., PESEL.....

Adres....., tel.....

3. Sposób wydania dokumentacji medycznej:

- ☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ kserokopia dokumentacji medycznej

4. Zakres udostępnionej dokumentacji:

Okres:

Rodzaj udostępnianej dokumentacji medycznej:

- ☐ historia choroby
- ☐ wyniki badań
- ☐ karty informacyjne
- ☐ inne

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis wnioskodawcy